

234
FACULTE. DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Juin 1893, à 1 heure

PAR

Alexis LECLÉZIO

Né à l'Ile Maurice, le 26 mai 1862

CRISES GASTRIQUES

Président : M. GERMAIN SÉE.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
 { JOFFROY et CHANTEMESSE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

234

CRISES GASTRIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0108

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Juin 1893, à 1 heure

PAR

Alexis LECLÉZIO

Né à l'Ile Maurice, le 26 mai 1862

CRISES GASTRIQUES

Président : M. GERMAIN SÉE.

Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
 { JOFFROY et CHANTEMESSE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ ACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Docteur GERMAIN SÉE

Professeur à la Faculté

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nous désignons sous le nom de crises gastriques des accidents douloureux ayant l'estomac pour point de départ et dont les caractères essentiels sont représentés par un ensemble de symptômes se groupant, d'une part dans les vomissements et les douleurs intenses, d'autre part dans la durée passagère et la répétition fréquente de ces accidents; enfin dans ce fait important: que les malades paraissent avoir dans l'intervalle des crises, une digestion normale et n'éprouver aucun symptôme que l'on puisse rattacher à la dyspepsie.

Cette définition en nous permettant d'éliminer les cas de dyspepsie permanente à paroxysmes douloureux, limite nettement notre sujet.

— Que devons-nous donc décrire sous le nom de crises gastriques? Deux variétés d'accidents:

La première et la plus anciennement connue comprend les crises gastriques qui sont sous la dépendance d'une affection organique du système nerveux central: tabes, sclérose en plaques, périencéphalite diffuse ou bien d'une névrose comme le goître exophtalmique. Les crises du tabes constituent, à elles seules, la plus grande partie de ce groupe.

Dans la seconde variété on range un certain nombre d'accidents douloureux, assez rares d'ailleurs, se présentant, au point de vue symptomatique, avec des caractères sensiblement analogues à ceux des crises gastriques du tabes mais différant essentiellement de celles-ci, en ce qu'ils se manifestent chez des individus paraissant indemnes de toute tare nerveuse organique et même de toute névropathie. On les désigne sous le nom de crises gastriques essentielles, vomissements périodiques, etc. C'est là, une désignation en quelque sorte provisoire qui dissimule mal notre ignorance des conditions pathogéniques présidant à la genèse de ces crises douloureuses. Nous ne pouvons déguiser en effet que les faits rangés dans cette deuxième catégorie, sont assez disparates et que beaucoup d'observations ayant servi à édifier le groupe, sont sujettes à caution. Il est permis de se demander, notamment, si l'existence du tabes n'a pas été méconnue chez un certain nombre de malades ; car la recherche de l'état des reflexes et des autres signes capables de mettre sur la voie du tabes au début, paraît avoir été négligée par quelques-uns des médecins qui ont décrit ces crises.

Toutefois il est acquis que certaines de ces crises essentielles, surviennent chez des individus réellement indemnes de tabes ou de toute autre maladie nerveuse organique. Elles doivent par conséquent être distinguées du premier groupe.

Qu'il nous soit permis au commencement de ce travail, d'exprimer nos sentiments de profonde recon-

naissance aux maîtres qui ont bien voulu nous accorder leur longue expérience et nous accueillir dans leurs services.

— Nous remercions vivement notre chef de clinique, M. le docteur Lyon, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous a, plus d'une fois, accordé son précieux concours.

Nous témoignons nos sentiments de remerciements et de gratitude à MM. les professeurs Guyon, Tillaux, Verneuil, Tarnier, Grancher, et G. Sée pour les savantes leçons et l'enseignement dont ils nous ont fait profiter.

Nous adressons aussi le témoignage de notre reconnaissance à MM. J. Simon, Ilutinel et Lancereaux nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous présentons nos hommages reconnaissants à notre maître, Monsieur le professeur Germain Sée, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

II

Crises gastriques tabétiques

Les crises gastriques des tabétiques ont été mentionnées pour la première fois, par le Dr Delaman, dans une thèse intitulée : « Des crises gastriques dans l'otaxie locomotrice progressive », — Paris 1866, — inspirée par Maurice Raynaud. Toutefois la première description complète appartient au professeur Charcot, qui traita des crises gastriques dans les leçons professées à la Salpêtrière en 1872 et publiées dans le mouvement médical. Depuis on n'a que peu ajouté à cette description magistrale et M. Charcot lui-même, qui, dans ses leçons ultérieures, notamment dans les leçons du mardi est revenu à plusieurs reprises sur ce sujet, n'a pour ainsi dire pas modifié sa première description. — On a au surplus seulement signalé quelques formes anormales ou frustes et recherché les altérations du suc gastrique (Sahlé, Simonin, Hoffmann, etc.)

Comme type de description clinique, nous prendrons la crise tabétique, à accidents fréquents, à symptômes nets et bien marqués.

La crise gastrique est certainement de toutes les crises viscérales de la maladie de Duchenne de Boulogne une des plus fréquentes. Elle a été fort étudiée bien

par les auteurs anciens et surtout par les modernes : la tâche sera donc facile. La discussion reste encore ouverte sur quelques points, tels que la nature des vomissements ; qu'elle qu'en soit la solution, la description que l'on peut donner aujourd'hui ne sera nullement changée.

I. FORME COMMUNE :

La crise tabétique ordinaire présente trois grands ordres de symptômes :

1° Symptômes principaux ;

2° Symptômes secondaires ou de réaction sympathique ;

3° Symptômes concomittants.

A. *Symptômes principaux.* — Les grands symptômes principaux sont au nombre de deux : la douleur et les vomissements.

La douleur a son siège maximum au niveau du creux épigastrique ; mais dans la grande majorité des cas elle n'y reste pas stationnaire : elle irradie et la fixité de ces irradiations n'est pas un des traits les moins caractéristiques. Tantôt la douleur, partie de l'épigastre, irradie vers l'abdomen, les flancs, le thorax et jusque dans le dos ; il existe quelquefois des fulgurations costales ou rachidiennes, des sensations d'étranglement circulaire à la base de la poitrine, des hyperesthésies localisées à l'épigastre et aux hypochondres. Tantôt, comme le dit M. le professeur Charcot (1), elle

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. (Paris 1887). —

part des aines, remonte de chaque côté de l'abdomen pour gagner la région préstomacale ; en arrière, elle siège fréquemment entre les deux épaules et irradie vers la base du tronc sous forme de fulgurations ; au niveau de l'estomac ou le long de l'œsophage, le malade accuse parfois une sensation de brûlure : cette circonstance est peut être le fait de l'hyperchloridie (Charcot).

L'intensité de la douleur est assez variable suivant les sujets, suivant les crises et aux différentes périodes d'une même crise ; cette douleur est continue mais avec des exacerbations. Si l'on demande au malade de la caractériser, son vocabulaire est extrêmement riche : il compare son mal soit à la sensation d'une plaie vive, soit à un fer chaud qui serait promené dans l'estomac, soit à une morsure intérieure, soit encore au moment des exacerbations intermittentes, à une déchirure, une dilacération, un arrachement, un broiement intérieur.

Lorsque la douleur est trop intense, atroce véritablement, le patient prend les positions les plus bizarres ; il s'ingénie par des attitudes diverses à modérer ses souffrances ; on le trouve couché sur le ventre, ou bien tordu sur lui-même, sa tête arrivant presque à toucher ses membres inférieurs, ou bien à genoux sur son lit, la tête plongée dans les couvertures, cherchant à comprimer la région douloureuse.

La douleur peut être fort atténuée. Il peut arriver « que le malade souffre surtout de la répétition des

vomissements et des efforts qu'il nécessitent. » (Vulpian), (1) mais c'est là une forme anormale sur laquelle nous aurons à revenir.

Les vomissements sont, avec la douleur les grands symptômes de la crise tabétique. Leur fréquence est toujours considérable ; le plus souvent, ils surviennent tous les deux heures et sont réveillés par le moindre aliment. Ces vomissements n'augmentent pas la douleur ; souvent au contraire, ils amènent un soulagement notable ; aussi les malades cherchent-ils fréquemment à les provoquer par des moyens artificiels. La quantité des matières rendues est fort variable ; elle oscille entre un et trois litres et dans de rares observations, on a noté jusqu'à quatre ou cinq litres par jour.

Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis ils deviennent muqueux ou glaireux ; le malade n'arrive plus ensuite à rendre, de temps à autre qu'une gorgée d'un liquide pituiteux. Il se produit alors quelque chose de plus pénible que le vomissement. « C'est l'effort pour vomir non accompagné de résultat ; c'est le vomissement à sec ». (Fournier) (2). Le malade s'éténue en efforts impuissants, pénibles et douloureux. Il lui semble que sa poitrine va se rompre et réellement lorsqu'on assiste à l'une de ces crises, il n'y a là rien d'excessif.

(1) Vulpian. Leçons sur les maladies de la moëlle (Paris 97).

(2) Fournier. Leçons sur la période préataxique du tabes. (Paris 85).

La coloration des substances vomies n'est pas toujours identique ; le plus souvent elles sont incolores ou grisâtres, quelquefois colorées par la bile en jaune plus ou moins foncé ou teintées par le sang. Dans deux observations, l'une de M. Charcot, (1) l'autre de M. Vulpian (2), on avait affaire à des vomissements marc de café. D'après M. Charcot la pathogénie de ces vomissements noirs tabétiques est peut être à rapprocher de celle des échy-moses cutanées, que l'on a vues survenir (Strauss) à la suite des douleurs fulgurantes.

La nature chimique des vomissements a été l'objet de travaux assez nombreux. En 1885, Sahli (3) publie une observation d'après laquelle il conclut à l'hyperacidité et à l'hyper-sécrétion. L'hyperchlorhydrie qu'il a notée est pour lui une hyper-sécrétion provoquée par une action nerveuse d'origine centrale, (lésions médullaires tabétiques) au même titre que la cardialgie et les vomissements. A cette époque, il écrivait : « Le fait peut avoir une grande importance comme moyen de diagnostic, car j'ai recherché sans résultat l'acide chlorhydrique dans d'autres espèces de vomissements nerveux, (grossesse, hystérie, néphrite) malheureusement c'est un phénomène qui n'est pas indissolublement lié aux crises gastriques de l'ataxie, car chez le malade que j'observe, malgré la persistance des crises,

(1) *Loco citato.*

(2) *Ibidem.*

(3) Sahli. Correspondantl. für schweizer aerzte, 1885.

l'acide chlorhydrique a disparu après deux ans d'hyperchlorhydrie.

En 1886, Rosenthal reprend la question et il établit des données plus précises par des analyses quantitatives. D'après le professeur Richet la quantité normale d'acide chlorhydrique est de 1.74 pour 1000. Dans l'observation de Rosenthal elle était au début de 3 pour 1000, dans les derniers jours de 1 pour 1000. En 1886, Simonin (1) rapporte plusieurs cas dans sa thèse inaugurale où il avait remarqué une augmentation très sensible de l'acide chlorhydrique. En 1887, Hoffmann (2) note également l'hyperchlorhydrie mais il n'admet pas l'opinion de Rosenthal, qui prétendait que l'intensité de la crise influait sur la production de l'acide chlorhydrique. Il fait remarquer avec juste raison, selon nous, que souvent il n'y a pas d'acide avec une crise intense, parce que les vomissements sont abondants, la soif vive, d'où une dilution considérable. Grâce au concours de M. Marette, chef du laboratoire de chimie de M. G. Sée, il nous a été possible d'analyser les vomissements d'un tabétique, dont nous rapportons plus loin l'observation.

Un premier examen fut fait au 6^e jour de l'accès; les matières rendues étaient très abondantes, légèrement verdâtres. Cette coloration particulière était due très probablement à l'action des acides de l'estomac

(1) Simonin. Thèse de Lyon, 1886.

(2) Hoffmann. Symptomatologie de tabes im archiv für psychiatrie (1887).

sur la bilirubine. La viscosité considérable venait de la très grande quantité de mucus. L'acidité totale était de 0.75 pour 1000, très faible par conséquent. Il n'existait pas de trace d'acide lactique, pas d'acide chlorhydrique par le réactif de Gunsbourg. Un peu de peptone et de bile. En résumé, hypersécrétion de mucus avec hypoacidité. Une dernière analyse fut faite aux derniers jours de la crise. Un litre d'un liquide jaune verdâtre excessivement visqueux. Acidité totale exprimée en acide chlorhydrique 1.18. Pas d'acide chlorhydrique libre par le réactif de Gunsbourg ou par le vert brillant; présence d'acide lactique (réaction d'Uffelmann, très nette) peu de peptone, bile et mucus en grande quantité.

On voit que les deux analyses diffèrent notablement. Au début, loin d'avoir de l'hyperchlorydie on constate, au contraire, une diminution de l'acide; au deuxième examen l'acidité augmente tout en restant inférieure à la normale. Mais on nous a fait observer que chez notre malade le dosage de l'acidité ne devait pas être regardé comme absolument exact, car le liquide sur lequel portait l'analyse contenait de la bile et une partie des acides gastriques pouvait être neutralisée par l'alcalinité biliaire.

B. *Symptômes secondaires.* — A côté des symptômes principaux, douleur et vomissements, il en existe d'autres moins importants, moins constants, qui relèvent de l'ébranlement profond de l'organisme; ce sont les symptômes accessoires, véritables signes

de réaction sympathique. Cette classe de phénomènes se retrouve là, tout comme la colique néphrétique et la colique hépatique.

Pour cette raison et pour d'autres que nous exposerons plus loin, M. Fournier (1) donne à la crise tabétique le nom de colique gastrique. Le plus souvent on note chez le malade une soif vive, une inappétence absolue, le dégoût des aliments : la moindre parcelle amène des vomissements. Le lait, le champagne, le koumis sont les mieux supportés. Mais quelquefois il y a une intolérance absolue de l'estomac pour toute espèce de nourriture, de boissons ou de remèdes ; la glace elle-même n'est pas supportée. Fournier cite le cas d'un malade qui, pendant une crise de six jours, ne put prendre le moindre aliment, le moindre liquide, voire une seule goutte d'eau, le tout en vue de s'épargner les efforts douloureux de vomissements qu'il savait inévitables.

Pour peu que la crise soit intense, la respiration est anxieuse, la circulation s'accélère, les traits sont bouleversés et la physionomie complètement changée. Outre la pâleur et l'altération des traits, il y a quelquefois sur la fin de l'accès une dépression profonde, de l'indolance, de l'indifférence pour l'entourage ; dans des cas rares, de la stupeur et de l'algidité. L'état général est mauvais quand les douleurs fulgurantes coexistent avec la crise gastrique et c'est là une association qui est fréquente.

(1) Fournier. *Loco citato*.

L'aspect du malade est un peu celui d'un sujet susceptible atteint du mal de mer (Marie) (1).

Il existe parfois de l'hyperesthésie de la peau de l'abdomen et le simple contact de la main, des couvertures du lit, peut provoquer la réapparition des paroxysmes. Ailleurs, c'est du ballonnement du ventre et de l'estomac, un flux diarrhéique abondant et répété.

Un phénomène sur lequel Charcot (2) a attiré l'attention est l'accélération presque constante du pouls, contrairement à ce qui a lieu quand les crises se produisent sous l'influence d'une lésion organique de l'estomac, du foie ou du rein. Cette tachycardie ne s'accompagne jamais d'élévation de température, elle n'a qu'une importance secondaire ; puisque d'après Charcot, elle existe fréquemment à la première période du tabes en dehors des coliques gastriques au moment des douleurs fulgurantes.

C. Symptômes concomittants. — Quand on examine un malade atteint de crise gastrique, on rencontre tout un ensemble de symptômes concomittants qui relèvent de la maladie causale et sur lesquels nous n'avons pas à insister. Cependant il faut les connaître car ils sont toujours d'un grand secours pour poser le diagnostic ferme de crise gastrique tabétique. Si pendant longtemps, on s'est égaré sur l'origine des accidents que nous décrivons, c'était parce que les signes

(1) Marie, 1892. Leçons sur les maladies de la moelle, Paris.

(2) Charcot. Leçons du mardi, 2^e volume, Paris, 88-89.

de la période préataxique, si bien décrits par M. Fournier (1) étaient ignorés ou mal connus.

Ces signes précoces du tabes, sont donc les seuls qui nous intéressent : signe de Romberg, signe de Westphall, signe d'Argyl Robertson ; tous les petits signes de Fournier (signe de l'escalier, du commandement, signe de cloche de pied, etc).

Une enquête sur les antécédents révèle fréquemment des douleurs fulgurantes, des crises viscérales, des arthropathies (Buzzard) (1), des troubles trophiques tels que les maux perforants. Charcot a été frappé de la concomittance des crises laryngées et des crises gastriques. Il conclut que les deux symptômes pourraient bien dépendre d'une même lésion bulbaire. On sait, en effet, que dans une autopsie faite sur un sujet tabétique ayant souffert simultanément de crises gastriques et laryngées, on a trouvé des lésions, des noyaux bulbaires, du spinal et du pneumogastrique.

Marche, Durée, Terminaison.

A quelle période du tabès apparaissent le plus souvent les crises gastriques ?

C'est aujourd'hui un fait bien connu, qu'elles ont une prédilection marquée pour la période dite préataxique. Elles surviennent avant l'incoordination motrice, au temps des douleurs fulgurantes et souvent avant

(1) Fournier. *Loco citato*.

(1) Buzzard. — *Clinical lectures of the nervous system.* (London 82).

celles-ci. Dès lors on comprend que l'absence des grands symptômes ait mainte fois égaré les cliniciens et que les relations entre les vomissements et la maladie médullaire aient longtemps passé inaperçues. L'erreur était commune de croire à une gastrique simple ou à un ulcère rond lorsqu'il s'agissait de vomissements tabétiques.

Tantôt les crises stomacales alternent avec les douleurs fulgurantes, tantôt elles les accompagnent. Quelquefois les douleurs viscérales se substituent à celles des membres qui reviennent dès la fin de la crise ; dans d'autres cas les douleurs des membres persistent, mais l'intensité des douleurs nouvelles masque les anciennes. Dans l'histoire d'un tabétique, une crise gastrique est rarement isolée ; elles reviennent périodiquement. Cette périodicité est un caractère qu'il faut connaître mais qui n'a rien d'absolu. Les accidents reparaissent tous les deux, quatre ou cinq mois ou tous les ans. Chez les uns, les crises vont s'atténuant de nombre et d'intensité et cessent au bout de quatre ou cinq ans, à l'apparition des symptômes de la deuxième ou de la troisième période de l'ataxie ; chez les autres, elles persistent jusqu'au dernier moment et la mort survient, soit par l'évolution même du tabès, soit au milieu d'une crise avec des symptômes de collapsus : traits tirés, algidité, crampes (Vulpian), ou des symptômes comateux (Charcot).

Il est donc possible que l'on guérisse des crises après quelques années, mais les autres symptômes de la sé-

rie tabétique n'en continueront pas moins à évoluer.

La durée d'une crise stomacale, prise isolément, est de deux à 15 jours ; elle apparaît à l'improviste et disparaît de même ; « les symptômes se calment comme par enchantement » ; expression que répètent à satiété tous les classiques. L'estomac récupère toute la régularité de ses fonctions, car le plus ordinairement dans l'intervalle des crises, les actes digestifs ne sont pas troublés. Le malade qui jusque là ne pourrait absorber le moindre aliment, est encore tout craintif ; il hésite à manger malgré le retour de l'appétit, tant il redoute de voir réapparaître les douleurs. Sa satisfaction est sans limites, quand il voit qu'il digère parfaitement tout ce que le médecin l'oblige à prendre.

La spontanéité et l'intermittance des accidents, l'intégrité objective des organes entre les accès, sont des caractères essentiels des crises gastriques comme de toutes les viscéralgies de la maladie de Duchenne. La brusquerie du début et de la fin, rapproche ces accidents des crises diarrhéiques de la maladie de Basedov. Tous ces phénomènes avaient été relevés en 1842 par Graves, à une époque où on ne connaissait encore rien du tabes. « Le passage d'un état mortel de nausées et de vomissements incessants à un sentiment de faim impérieuse était soudain : tout à l'heure, c'était un pauvre diable rejetant tout ce qu'il prenait et souffrant horriblement des contractions gastriques les plus douloureuses ; une heure après, on le trouve mangeant n'importe quoi avec un appétit vorace et

digérant avec la plus grande facilité. » (Observation de graves rapportée par Buzzard) (1).

Dans des cas fort rares, on a noté de l'aura, c'est-à-dire des phénomènes précurseurs pouvant faire pressentir au malade sa crise imminente. (Vulpien (2) signale les cas d'une femme chez laquelle les accidents n'éclataient qu'à une époque menstruelle. Chez une autre, ils étaient précédés d'une éruption variolique papuleuse disséminée en groupes plus ou moins étendus sur la partie antérieure du thorax, de l'abdomen et sur les parties supérieures des cuisses.

En résumé, les grands caractères de la crise gastrique tabétique commune sont :

1° Son apparition à la première période de la maladie.

2° La soudaineté de son début et de sa disparition.

3° La multiplicité et la périodicité des attaques.

4° Le retour de l'estomac à une intégrité parfaite après chaque crise.

5° L'incurabilité médicamenteuse presque complète des accidents ; Fournier (3) dit en effet : « L'insuccès presque fatal de tout remède pourrait, le cas échéant, continuer un élément de diagnostic différentiel. » Seules, comme nous aurons occasion de le dire, les injections de morphine à haute dose peuvent amener un soulagement passager.

(1) Buzzard. — The lancet 1881.

(2) Vulpien. — Loco citato.

(3) Fournier. — Leçons sur la période préataxique du tabes.

Tels sont esquissés les grands traits de la crise gastrique. Peut-il en exister d'absolument semblables, présentant les mêmes caractères et pourtant ne se rattachant à aucune lésion médullaire : en un mot, y a-t-il des crises gastriques essentielles ? — Leyden (1) en 1882, répondit le premier par l'affirmative en publiant des observations. En 1889 M. Debove (2) et Reynaud de Mertz (3) suivent cette trace. M. Charcot (4) se montre sceptique et peut-être, dit-il, que chez les malades qui ont fait, le sujet de ces observations, il est survenu ou il surviendra quelque symptôme tabétique ostensible et d'une portée décisive. Nous aurons d'ailleurs à reprendre ce sujet au chapitre diagnostic.

II. FORMES ANORMALES

Ce serait une grossière erreur de croire que toutes les crises gastriques des tabétiques ressemblent toujours et partout au type que nous venons de tracer. Les anomalies sont nombreuses et c'est là un fait qui concourt pour une large part à augmenter les difficultés du diagnostic. Lorsqu'on est appelé près d'un malade pris de vomissements incoercibles, on ne songe pas assez souvent au tabes, ou bien encore si cette idée venait à l'esprit du médecin, celui-ci abandonnerait

(1) Leyden. — *Über periodischer Esbrechen (gastrische Krisen) nebst bemerkungen über nervöse magen affectionen* In *Zettliches für klinik Med.* Tome IV. Berlin 1882.

(2) Debove. — *Société méd. des Hôpit.* 1889.

(3) Reynaud de Metz. *Archives de Médecine* 1889.

(4) Charcot. *Leçons du mardi* 1888, 89.

volontiers la bonne voie, en présence de certains symptômes qui sortent du cadre classique. Ces formes particulières, bizarres dans quelques cas, ont été fort bien étudiées par MM. Charcot, Fournier et Marie.

Dans une description schématique, on peut classer les faits rapportés par les auteurs en six groupes :

1° Une première forme anormale est celle dans laquelle les symptômes sont portés à l'excès. Il existe des vomissements incessants et des douleurs terribles. Les malades se roulent sur leur lit au milieu de souffrances atroces et prennent les attitudes les plus diverses ; la dépression profonde et tous les symptômes généraux graves font le plus souvent partie du cortège symptomatique. Si la confusion n'est plus guère possible, comme dans la forme précédente avec l'ulcère rond ou la gastralgie, en revanche l'erreur est facile avec la colique hépatique, la colique néphrétique et l'empoisonnement. Charcot relève les cas d'un malade atteint de cette forme particulière et qui fut le sujet de bien des méprises ; le diagnostic porté variait à l'infini et l'on tendait toujours à faire des accidents, quelque maladie locale : en Italie on diagnostiquait, fièvre pernicieuse algide ; en Angleterre, goutte stomacale. Buzzard (1) écrit dans « The lancet » : beaucoup de cas prétendus « gouttes stomacales », serait rapportés à des crises gastriques du tabes, si on les examinait à la lumière de nos connaissances actuelles.

(1) Buzzard. Loco citato.

2° Un deuxième type est celui dans lequel on constate des vomissements avec les caractères que nous leur avons décrits, mais la douleur faisant défaut. Dans ce groupe rentrent les cas observés par Sir Gul (1), Vulpian, Lépine de Lyon (2), Fournier, Pitres (3). ce sont des crises d'intolérance gastrique, des accès de gastrorrhée. Pendant douze à quinze jours le malade vomit continuellement ; les matières rendues sont analogues à celles d'une crise gastrique commune ; l'état général s'assombrit et tout à coup les accidents disparaissent. Il arrive parfois, que ces crises sont précédées d'une période d'un unique vomissement quotidien. (Fournier).

3° La troisième forme est l'inverse de la précédente : les vomissements qui constituaient le seul symptôme n'existent pas, mais la douleur est présente. Cette douleur toute particulière, survient par accès, excacerbante par conséquent; Fournier l'appelle « cram-poïde. » « Les accès, dit-il, sont formés par une série de douleurs véritablement crampoïdes, c'est-à-dire par des sensations douloureuses semblant dûes à un état de contraction stomacale, des crampes d'estomac suivant l'expression habituelle. Ces douleurs sont des plus pénibles, aiguës, atroces même. Mais elles se produisent à sec, sans déterminer d'habitude des vomissements alimentaires ou muqueux. Cette forme

(1) Gull. Guy's hospital report-cases of paraplegia 1885.

(2) Lépine. Tribune médicale de Lyon 1883.

(3) Pitres. Journal de médecine de Bordeaux 1884.

dégastralgie tabétique est essentiellement intermittante, elle se manifeste par accès. »

4° Une variété bien particulière est celle qui présente l'absence et des vomissements et des douleurs. Il n'y a que production excessive de gaz rendu par éruption. C'est ce que Fournier appelle la forme flatulente de la colique gastrique. Il cite à l'appui de son opinion, une observation d'un malade qui souffrait peu, vomissait à peine, mais qui avait une flatulence excessive et rejetait une quantité considérable de gaz inodores. Pendant ces crises, il se produisait chaque minute, une éruption violente et bruyante, spasmodique, convulsive, irrésistible, qui amenait un véritable flot de gaz. Elle était suivie tout aussitôt d'une sorte d'aspiration sonore, sifflante quelque peu analogue à ce que l'on appelle la reprise dans la coqueluche. Le malade, qui était un riche, se trouvait moralement mis au banc de la société par cette infirmité vexatoire.

5° L'anomalie peut porter, non pas sur ces symptômes, mais bien sur la durée. On peut avoir des crises de vingt-quatre heures, et dans ces cas, elles ne reviennent plus à des intervalles de mois, mais chaque jour. (Blocq). La crise commence vers les quatre heures du matin, pour cesser le soir vers onze heures ; c'était là le cas du malade que nous avons observé dans le service de M. le Professeur G. Sée (1). La crise peut se prolonger deux ou trois mois ou bien se borner à 5 ou

(1) Voir observation V. —

6 jours, durée normale ; Buzzard rapportè une observation où elle a persisté neuf mois.

6° Fournier propose une sixième variété qu'il appelle l'anorexie tabétique ; c'est une forme rare dont toutefois il soutient l'existence. Elle se caractérise par l'inappétence non motivée, continue, invincible, rebelle à tout remède et aboutissant à une abolition véritable du sentiment de faim. Les malades vivraient volontiers sans manger ou ne mangent-ils que par habitude ou par raison.

III

Crises gastriques essentielles

Les crises gastriques essentielles ont reçu différents noms suivant les auteurs qui les ont signalés. C'est ainsi que Rossbach les a désignées sous le nom de Gastroxynsis et M. Lépine sous celui de Gastroxie. Leyden les a appelés vomissements nerveux, Boas, vomissements périodiques, nevroses périodiques de l'estomac. Enfin M. Debove et son élève, M. Reymond de Metz, leur ont donné le nom de crises gastriques essentielles.

Voici sous quel aspect se présente la gastroxynsis de Rossbach, nous empruntons la description à la thèse de doctorat de M. le Docteur Lyon (Analyse du suc gastrique 1890) : « Cette affection est caractérisée par des crises de céphalalgie et des vomissements acides qui surviennent à des périodes variables, la santé étant parfaite dans l'intervalle de ces crises. La gastroxie survient le plus souvent chez les personnes qui se livrent à des travaux intellectuels excessifs ; il suffit, chez elles, de la cause occasionnelle la plus insignifiante, pour évoquer la crise douloureuse. Les symptômes cérébraux ou gastriques peuvent ouvrir indifféremment la scène : le malade est pris d'une céphalée qui augmente rapidement d'intensité et détermine bientôt

des douleurs extrêmement vives, ou bien il éprouve des sensations de brûlure, au creux épigastrique, comparable à celle que donnerait l'ingestion d'un liquide acide concentré ; céphalée et brûlure stomacale marchent de pair pendant quelques heures, puis surviennent les vomissements. Ceux-ci sont d'une acidité extrême, les malades signalent le passage de gorgées de liquide qui paraissent plus acide que d'autres et les derniers vomissements sont toujours plus acides que les premiers. Nous devons faire remarquer, que l'acidité n'est pas toujours due uniquement à l'acide chlorhydrique, elle peut être due à la présence d'acide organique en grande quantité. Outre les vomissements et la céphalée, les malades sont atteints d'une soif inextinguible et présentent une vive exaltation cérébrale.

M. Lépine a signalé la présence dans les urines de diments séuratiques abondants.

Habituellement, l'apparition des vomissements est suivie d'une détente, la céphalée cesse, le calme renaît et le malade s'endort pour se réveiller dispos. Il peut faire à son réveil sans le moindre inconvénient, un repas copieux, ce qui prouve bien qu'il s'agit uniquement de troubles nerveux ; chaque crise dure quelques heures, jusqu'à un ou deux jours ; elles se renouvellent à intervalles variables, si les causes qui leur ont donné naissance continuent à exercer leur influence ; mais si le malade peut se soustraire à ses travaux, s'il fait un séjour à la campagne, les crises cessent pour ne plus revenir.

Quelle est la nature de la Gastroxie ? On a voulu

en faire une variété de migraine larvée. En faveur de cette opinion on a invoqué le caractère paroxystique des accidents, l'existence déjà signalé par Tissot des vomissements acides dans la migraine, enfin l'alternance chez certains malades de crises gastroxiques avec de véritables migraines ; M. Lépine ne croit pas qu'il s'agisse d'une migraine, il fait observer que des malades sont atteints de Gastroxie sans jamais avoir été migraineux ; d'autre part, tandis que les migraineux qui ont des crises gastriques ont en même temps des troubles de sensibilité générale et spéciale, attestant la souffrance de tout le système nerveux, les gastroxiques voient leurs souffrances limitées à l'estomac.

Boas a récemment décrit sous le nom de névroses périodiques de l'estomac, des crises gastralgiques avec vomissements analogues à celles décrites précédemment par Leyden, mais se distinguant de la gastroxie par la composition des matières vomies ; celles-ci ne renferment que de la bile et du mucus et ne sont nullement hyperacides (Thèse de Lyon p. 84).

En somme, il s'agit d'après les diverses descriptions faites par Leyden, Rossbach, Boas, Debove et Reymond, des crises de vomissements et de douleurs survenant en général à la suite d'une émotion morale vive ou d'un excès de travail intellectuel, pouvant durer plusieurs jours ou même plusieurs semaines, s'accompagnant de divers phénomènes, tels que des crampes douloureuses analogues à celles du choléra et disparaissant si bien que dans l'intervalle

des crises, la santé reparait absolument parfaite. Les digestions ne sont en effet nullement pénibles et le chimisme stomacal redevient normal ; d'autre part on ne constate aucun trouble du système nerveux. Il est permis de se demander si les diverses affections désignées sous les différents noms déjà énumérés ne peuvent pas se rattacher toute à la forme intermittente ou aigüe de la maladie décrite par Reichmann, Riegel puis Bouveret et Devic sous le nom de maladie de Reichmann ou hypersécrétion continue.

Les auteurs tels que Leyden, Boas, Rosenthal qui ont décrit les vomissements périodiques, insistent sur ce fait que les matières vomies dépassent de beaucoup en quantité celle des boissons ingérés. L'étude ultérieure pourra seule renseigner sur ce point.

IV

Diagnostic

On peut avoir à faire le diagnostic de crise gastrique chez les tabétiques dans deux conditions différentes : ou bien la crise est survenue chez un malade présentant les signes multiples du tabes confirmé, douleurs fulgurantes, troubles visuels, troubles de la marche etc, etc., ou bien et c'est le cas le plus fréquent, elle constitue un symptôme de la période préataique ; si dans le premier cas le diagnostic de la nature de la crise gastrique douloureuse s'impose, dans le second, il devient plus malaisé, car la crise peut ne constituer que l'unique symptôme du tabes, et d'autre part, peut être aisément confondu avec les autres affections douloureuses de l'estomac. Enfin la difficulté du diagnostic peut encore résider en ce fait, que la crise gastrique ne se manifeste pas avec l'ensemble des symptômes qui lui sont habituels, en ce qu'elle présente une forme fruste bien propre à dérouter le clinicien. Supposons d'abord, que l'on se trouve en présence d'une crise gastrique du type classique. Deux grands symptômes dominent la scène : ce sont, ainsi que nous l'avons vu, la douleur et les vomissements incoercibles.

Les douleurs se distinguent des autres phénomènes douloureux d'origine gastrique par leur

intensité extrême ; elles sont parfois tellement atroces, « qu'il semble qu'elles dépassent ce qu'un être humain peut supporter en fait de souffrances. (Marie, traité des maladies de la moelle p. 278).

Ce caractère particulier d'acuité doit déjà éveiller l'attention et permettre de différencier la douleur de la crise tabétique d'avec les douleurs de l'ulcère de l'estomac ou celle qui se manifestent au cours de la maladie de Reichmann. Un autre caractère important est l'existence des vomissements que rien ne peut arrêter. Sans doute, dans le cas de l'ulcère par exemple, les vomissements peuvent se succéder fréquemment et résister aux moyens habituels de traitement, mais dès que le régime lacté est institué dans toute sa rigueur et que le malade est soumis au repos, les vomissements s'espacent et finissent par disparaître. Chez le tabétique, les choses se passent différemment. Tout aliment, quel qu'il soit, est rejeté ; le lait n'a pas cette action sédative qu'il exerce chez tout les ulcéreux. Cette intolérance absolue pour le lait comme pour tous les autres aliments devra être tenue pour suspecte.

Ce qui caractérise aussi la crise gastrique tabétique plus encore peut-être que les symptômes précédents, ce sont les conditions dans lesquelles elle survient : elle apparaît en effet, inopinément, chez un sujet n'ayant jamais présenté aucun trouble de la digestion : elle dure huit, quinze jours, puis disparaît aussi brusquement qu'elle était apparue. Le malade n'a plus dès lors à s'occuper de son estomac qui redevient aussi

complaisant et qui digère aussi bien qu'avant la crise. Si plusieurs crises analogues sont survenues chez lui dans les mêmes conditions, avec ou sans périodicité, avec de larges intervalles de calme dans lesquelles il n'existe aucun trouble digestif, les présomptions seront d'autant plus fortes en faveur du tabes.

C'est alors, qu'il faut rechercher avec soin tous les signes qui peuvent mettre sur la piste du tabes incipient : abolition des reflexes, le signe d'Argyl Robertson, la diplopie, l'anesthésie plantaire etc, etc, et s'enquérir de l'existence d'antécédants syphilitiques chez le malade.

Si le diagnostic de la crise complète, caractérisée par tous ces symptômes habituels est parfois difficile, combien les difficultés augmentent-elles quand on se trouve en présence de l'une des formes anormales et frustes, plus rares à la vérité, qui ont été signalées.

Lorsque les vomissements font défaut et que le malade éprouve seulement des douleurs plus ou moins vives au niveau de l'estomac, on n'est guère enclin à songer au tabes et l'on met les phénomènes douloureux sur le compte d'une dyspepsie ou même d'un ulcère.

L'erreur est également inévitable si les vomissements existent seuls sans être accompagnés de douleurs. Ici, encore, on met en cause la dyspepsie, ou bien si le malade se trouve dans des conditions particulières, s'il s'agit par exemple d'une femme enceinte (cas de Leyden 1880), on peut croire à l'existence des vomisse-

ments incoercibles de la grossesse. Il existerait enfin, nous l'avons vu d'après M. Fournier, une variété flatulente de crises gastriques caractérisée par la quantité considérable des gaz rendus dans des éructations. On reconnaîtra cette variété anormale de crise gastrique, à son début subit et à la grande quantité de gaz expulsés.

Parmi les affections gastriques susceptibles d'être confondues avec les crises des tabétiques, il faut citer en première ligne, les affections douloureuses et celles qui s'accompagnent de vomissements, c'est-à-dire, l'ulcère, le cancer, la dyspepsie hyperchlorhydrique, la maladie de Reichmann (hypersécrétion continue), les vomissements hystériques, la dyspepsie neurasthénique, la goutte stomacale, les vomissements de la grossesse.

L'ulcère est certainement l'affection qui peut prêter le plus à la confusion. Les douleurs sont d'une intensité extrême, les vomissements bien que moins rebelles que ceux des tabétiques sont parfois incessants. Enfin il existe un ensemble de troubles nerveux neurasthéniques ou hystériformes qui peuvent contribuer à induire en erreur. Il y a toutefois de nombreux éléments de diagnostic différentiel : l'ulcère ne survient en général que des sujets jeunes, chez les jeunes filles ou les jeunes femmes chlorotiques ; s'il peut débiter brusquement il se développe en général insidieusement et progressivement. Les douleurs, bien qu'étant parfois fort vives sont cependant moins atroces que celles des tabétiques. D'autre part les vomisse-

ments sont moins fréquents et surtout accompagnée de moins d'efforts pénibles. On n'observe pas chez les ulcéreux, « ces efforts pour vomir non accompagnés de résultat, c'est-à-dire le vomissement à sec » (Fournier). La variété de crise gastrique caractérisée uniquement par « des crampes d'estomac » sans vomissements est plus difficile à différencier de l'ulcère ; il faut se rappeler que les douleurs des tabétiques surviennent à tous moments de la journée et non plus spécialement à l'occasion des repas, et qu'elles ne cèdent ni au repos ni au régime lacté.

Un signe négatif qui a son importance pour le diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère, c'est l'absence d'hématémèse chez les tabétiques. Sans doute, les vomissements muqueux, glaireux sont parfois striés de sang rouge ou bien contiennent du sang digéré présentant la coloration « marc de café » mais on n'observe jamais d'hématémèse abondante comme dans les cas d'ulcère.

Le cancer de l'estomac prête moins à la confusion que l'ulcère ; le début lent, l'âge avancé des malades chez lesquels il survient, le caractère des vomissements, le peu d'intensité douloureux ne permettent guère l'erreur ; toutefois il ne faut pas oublier que le cancer peut survenir chez des sujets jeunes et qu'alors les douleurs revêtent souvent un caractère d'acuité particulière.

Plus encore que l'ulcère, la maladie de Reichmann (hypersécrétion continue) peut être confondue

avec la crise tabétique, du moins en ce qui concerne sa forme aigüe caractérisée par des crises gastralgiques extrêmement douloureuses, par des vomissements fréquents. La durée de la crise d'hypersécrétion est de quelques jours. Les crises surviennent chez des névropathes avérés ou chez des surmenés.

L'examen du malade révèle le plus souvent une dilatation considérable de l'estomac et l'analyse du suc gastrique, l'existence d'un suc hyperacide.

Les vomissements hystériques par leur opiniâtreté, leur résistance aux traitements, peuvent faire songer au tabès mais les signes différentiels ne manquent pas. Les vomissements surviennent sans efforts, la nutrition reste bonne malgré les vomissements persistants, enfin il existe des stigmates d'hystérie.

La gastralgie, en tant qu'affection essentielle n'existe pas. Elle n'est plus considérée aujourd'hui que comme un symptôme d'une dyspepsie chronique, douloureuse, l'hypèrchlorhydrie, maladie de Reichenmann ou comme une manifestation d'hystérie gastrique; dans ce cas, le diagnostic de la cause peut être difficile, s'il s'agit d'une hystérie monosymptomatique.

La dyspepsie neurasthénique ne ressemble guère à la crise tabétique; en effet, chez les neurasthéniques, les douleurs n'existent que peu ou pas, les vomissements sont assez rares et si nous la signalons ici c'est qu'il existe parfois chez les neurasthéniques en même temps que les troubles dyspeptiques, des douleurs et des troubles de la locomotion, analogues à ceux du tabès.

(pseudotabes neurasthéniques). Les vomissements de la grossesse ne peuvent guère prêter à la confusion, semble-t-il. Il existe cependant, un cas de Leyden 1888, concernant une femme enceinte atteinte de tabes, chez qui la crise gastrique tabétique fut considérée comme étant l'expression des vomissements incoercibles de la grossesse. On employa contre ces prétendus vomissements, les traitements habituels et en désespoir de cause, on pratiqua l'avortement. En pareil cas la méprise est à peu près inévitable ; il faut d'ailleurs, reconnaître qu'il s'agit là de faits exceptionnels.

Citons encore à titre de curiosité, un autre cas rapporté par Leyden, où la crise tabétique fut prise pour une péritonite tuberculeuse et où la parotomie fut faite. Telles sont les principales affections susceptibles d'être confondues avec la crise gastrique tabétique ; nous ne ferons que mentionner les coliques hépatiques et néphrétiques, la colique de plomb, les divers empoisonnements, cas où il semble difficile que l'erreur, s'il s'en produit une, se prolonge longtemps.

V

Traitement

Nous serons brefs sur le chapitre du traitement, car, il faut bien le reconnaître, la thérapeutique est impuissante à guérir les crises gastriques d'origine tabétique ; c'est tout au plus, si l'on peut soulager les malades dans une certaine mesure.

Il est indiqué d'instituer le régime lacté exclusif, dès l'apparition de la crise, non pas que l'on doive se flatter d'arrêter les vomissements à l'aide de ce seul moyen, mais parce que c'est en somme l'aliment le moins irritant pour un estomac hyperexcitable et que les malades parviennent souvent à en garder une certaine quantité. Contre la douleur on a tenté tous les moyens ; on a utilisé la révulsion, les sédatifs généraux de la douleur et les anesthésiques locaux. M. le professeur Charcot prescrit à titre de révulsif, les pointes de feu ou le vésicatoire appliqué au creux épigastrique. On peut aussi tenter les pulvérisations de chlorure de méthyle loco dolenti. L'opium, la belladonne, l'extrait de chanvre indien, la cocaïne etc... ont été préconisés, mais seules la morphine en injections sous-cutanées peut rendre des services. On ne saurait refuser ce soulagement, aux malades qui sont en proie à des souffrances aussi atroces et aussi persis-

tantes. — S'appuyant sur les résultats fournis par l'examen de quelques sucs gastrique, et prenant en considération l'hypersécrétion et l'hyperacidité constatée parfois, on a eu l'idée d'employer les alcalins à haute dose et notamment, le bicarbonate de soude ; on espérait ainsi, supprimer la douleur que l'on attribuait aux altérations du chimisme stomacal. M. Lyon dit avoir déterminé la cessation rapide des douleurs chez un de ses malades, à l'aide de fortes doses de bicarbonate de soude (Thèse 1890). Ce moyen inoffensif pourra être essayé, mais il ne faut pas trop y compter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Crises tabétiques. — Harel, thèse de Paris, 1882.

X..., 42 ans, contrôleur de marchands de vins. (Entré le 22 mai 1880, salle Saint-Augustin, lit n° 42). Ce malade a eu la fièvre typhoïde à 13 ans et une pleurésie à 27. Il avoue franchement n'être ni syphilitique, ni alcoolique. Il entre dans le service pour des crises gastriques douloureuses qui surviennent tous les mois, environ, depuis 4 ans, durent à peu près cinq ou six jours et s'accompagnent de vomissements alimentaires d'abord, puis uniquement bilieux et enfin sanguinolents.

Ces symptômes accusés par le malade et que nous constatons du reste nous-mêmes, ont nécessité à plusieurs reprises l'entrée de X... dans divers hôpitaux et toujours, affirme-t-il, il a été traité pour de la gastralgie ou pour un ulcère rond de l'estomac ; à chaque séjour dans les divers services, il fut soumis au régime lacté sans éprouver d'amélioration.

Ceci considéré, que les crises douloureuses avec vomiturition se reproduisent depuis quatre ans, sans amaigrissement, sans altération de l'état général ; ceci considéré encore, que ces crises laissent, dans leur intervalle, absolument intactes les fonctions digestives, font penser que ces crises cardialgiques pourraient bien trouver leur cause en dehors d'une affection de l'estomac.

En effet, en interrogeant avec soin le malade, il avoue qu'étant en Suisse, après une promenade près d'un lac, il

fut pris de douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs, qui firent porter le diagnostic de sciatique double, ne tardèrent pas à être suivies des symptômes gastriques que nous venons de signaler. Depuis cette époque, dit le malade, chaque fois que ces vomissements surviennent, les douleurs augmentent aussi quelquefois ; cependant les fulgurations dans les membres inférieurs persistent alors que les symptômes gastriques ont disparu.

L'attention éveillée sur ce point, que l'on pouvait bien se trouver en présence de crises gastriques, chez un homme atteint de sclérose des cordons postérieurs, donna l'idée de faire un examen plus attentif et plus approfondi.

Il s'agissait de reconnaître chez le malade de l'incertitude peu accusée, à vrai dire, mais incertitude de la démarche, impossibilité absolue d'avancer les yeux fermés, et à ce propos, le malade, lui-même, dit être tombé plusieurs fois en rentrant sans lumière chez lui.

Lorsqu'après lui avoir fermé les yeux, on le prie de porter l'index sur le haut de son nez, son bras exécute des oscillations considérables et ne parvient jamais à atteindre exactement le but. Le malade présente enfin une abolition absolue du réflexe tendineux, de l'anesthésie plantaire et un peu d'affaiblissement de la vue : injections de morphine 04 c. par jour, en deux doses, une le matin, une le soir ; compresses imbibées de chloroforme sur l'épigastre ; glace, lait.

26. — Les symptômes douloureux ont disparu, ainsi que les vomissements ; l'état général est déjà redevenu bon et les fonctions gastriques s'exécutent bien ; le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION II

Vulpian, *Maladie du système nerveux*, 1879

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été

pris, cinq ans avant son entrée à l'hôpital, de vomissements muqueux, bilieux, parfois d'une couleur marc de café. Le diagnostic de la maladie fut plus difficile que dans l'observation précédente, bien qu'à l'époque où le malade fut pris de ces vomissements pour la première fois, il avait été atteint, presque en même temps, de troubles oculaires, d'indécision de la marche et de douleurs en ceinture. Mais l'attention fut détournée de ces symptômes par l'intensité des troubles gastriques. Aussi d'après son dire, il fut d'abord soignée pour un ulcère simple de l'estomac. Ce n'est que plus tard que l'on arriva à tenir compte du strabisme, ainsi que des douleurs fulgurantes, des douleurs en ceinture, de l'incontinence d'urine, et le diagnostic véritable — *tabes dorsalis* — put être établi. Au moment où l'on a cessé d'observer le malade, il n'avait pas encore de phénomènes d'ataxie locomotrice.

God (Henri), 28 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 19 mai 1875, salle Saint-Raphaël, n° 11, dans le service de M. le professeur Vulpian.

Hérédité. — Ses parents ont une bonne santé. Une de ses sœurs a été choréique.

Antécédents. — Depuis l'âge de 13 ans, le malade a toujours eu des douleurs d'estomac. En 1864, il contracta la syphilis (chancre induré et accidents secondaires). En 1866, quelques accès de fièvre intermittente aux colonies où il séjourna pendant quatre ans. A cette époque, il eut des pertes de connaissance à la suite d'excès alcooliques. La première avait duré vingt-quatre heures, les deux autres, dix à douze heures; elles vinrent à un an d'intervalle.

Depuis 5 ans, il a des accès gastralgiques accompagnés de céphalagie frontale assez forte et suivie de vomissements bilieux, quelquefois d'une couleur marc de café, très rarement alimentaires. A la suite, il a eu des garde

robes noires. Ces accès se montrent le matin au réveil, se prolongent pendant 12 ou 24 heures et reviennent à peu près une fois par semaine.

L'ingestion des aliments ne provoque pas les accès et soulage même la douleur. Il reste quelquefois deux ou trois mois sans avoir d'accès. Le malade entra à l'hôpital en 1870 où il fut traité, dit-il, pour un ulcère de l'estomac.

Presque en même temps que débutaient les accidents qui précèdent, l'œil gauche commença à se dévier en dehors ; la déviation augmenta pendant trois mois et fut suivie de prolapsus de la paupière supérieure. Jamais il n'a eu de diplopie.

Depuis la même époque, il a assez souvent des vertiges pendant la marche et la station debout ; ils étaient au début suivis de nausées qui ne se montrent plus maintenant. En outre, il a des douleurs en ceinture continues avec exacerbations.

Tous ces phénomènes vont en s'aggravant pendant trois ou quatre mois, puis, une nuit, il est réveillé par des douleurs fulgurantes dans les jambes et dans les bras, allant de la racine aux extrémités des membres et plus fortes dans les jambes ; il n'y avait point de rachialgie. La crise ne cesse que le matin. Le malade était en sueurs, il n'avait ni crampes ni convulsions. La même crise est revenue trois ou quatre fois depuis (toujours la nuit) ; la dernière date de quatorze mois.

En 1870, une hématurie. En 1871, deux hématuries. Il entre dans le service de M. Pidoux.

Traitement. — Noix vomique et lait laudanisé.

En 1872, il va à la campagne. Les troubles gastriques persistent toujours. Il entre dans le service de M. Bouillaud où il reste jusqu'en 1875.

Traitement. — Régime lacté. Iodure de potassium pendant 15 jours, vers le commencement de 1875. Il n'a

jamais eu de douleur dorsale. La douleur épigastrique n'est pas très forte. Il n'a jamais rendu de sang pur.

Depuis deux ans, les membres inférieurs sont un peu plus faibles. Il sent bien le parquet ; quelquefois il a de l'incontinence d'urine et de la constipation.

Les douleurs stomacales sont moins vives depuis deux ans.

Etat actuel. — Homme bien développé, de forte charpente. Le facies est fatigué, surtout par moments où il offre l'aspect un peu cachectique. Au moment de son entrée dans le service, le malade n'a pas de crises gastriques et il se trouve relativement bien.

Tube digestif. — Appétit bon. Il y a quelquefois du sang pur dans les selles.

Appareil respiratoire. — Rien.

Cœur. — Rien d'anormal.

Foie. — Diamètre vertical un peu augmenté.

Rate. — Normale.

Abdomen. — Pas de douleur à la pression au niveau du creux épigastrique. A la percussion, matité dans les parties déclives et fluctuation ; la matité se déplace dans les diverses positions que l'on donne au malade. Ligne courbe à concavité supérieure, distance de trois doigts de l'ombilic. Les veines sous-cutanées sont très dilatées à la partie supérieure des cuisses. Il y a évidemment de l'ascite.

Sensibilité. — Conservée partout. Il n'y a pas de douleurs fulgurantes depuis plus d'une année.

Motilité. — Membres inférieurs un peu plus faibles depuis quinze jours. Marche sans difficulté. Il se tient bien en équilibre quand on lui ferme les yeux. Pas de mouvements ataxiques.

Organe des sens. — Depuis cinq ans, strabisme externe et prolapsus de la paupière supérieure (œil gauche.)

Système nerveux. — L'intelligence et la mémoire sont intactes.

Organes génito urinaires. — Incontinence d'urine quelquefois. La miction est un peu douloureuse. Les érections ont complètement cessé depuis le début de la maladie.

Pollutions nocturnes sans aucune sensation.

Urines. — Normales.

Traitement. — Iodure de potassium.

Le 31 mai. Vomissements noirs après une crise gastralgique.

Organes génito-urinaires. — Incontinence d'urine quelquefois. La miction est un peu douloureuse. Les érections ont complètement cessé depuis le début de la maladie. Pollutions nocturnes sans aucune sensation.

Urines. — Rien.

Traitement : Iodure de potassium.

Le 31 mai. Vomissements noirs après une crise gastralgique extrêmement douloureuse.

13 juin. Vomissements noirs après une crise douloureuse.

Les vomissements sont d'abord glaireux, incolores, et ce n'est qu'à la fin de la crise qu'ils deviennent noirs ; à la suite, céphalagie. Douleur épigastrique à la pression.

21 juin. Nouvelle crise. Vomissements glaireux, chaque fois que le malade est pris d'un accès de gastralgie suivie d'hématémèse, il se produit sur toute l'étendue du corps, ou tout au moins sur le tronc, une éruption discrète ou confluyente (ce qui a lieu le plus souvent), de taches rosées, de teintes plus ou moins vives, analogues comme aspect, tantôt à des taches rosées lenticulaires, tantôt à des plaques de roséole.

Cette éruption dure plusieurs heures et disparaît avant la fin des crises gastriques.

4 juillet. — Crise de vomissements noirs qui n'ont duré que quelques heures.

Le 10. Accès de gastralgie terminé par le vomissement d'un litre environ de liquide noirâtre.

Le 27. — Nouvelle crise gastrique. Le liquide ascitique a disparu depuis un certain temps déjà. On s'en est assuré a plusieurs reprises.

49 octobre. — Il reprend de l'iodure de potassium, 2 grammes.

Le 20. — Depuis trois mois, vomissements noirâtres avec douleurs stomacales, et hoquets retentissants deux ou trois fois par semaine.

1^{er} novembre. — Examen des yeux par M. Landolt ; les papilles sont grisâtres à leur partie externe des deux côtés.

Le 25. — Depuis quatre jours, véritables douleurs fulgurantes dans la sphère de distribution de l'ophtalmique de Willis (à droite), au fond de l'orbite, dans les nerfs sus orbitaires. Sensation de tension oculaire et congestion de la conjonctive.

20 janvier 1876. — Le malade marche facilement sans canne ; il a la sensation exacte du parquet sur lequel il marche ; lorsqu'on lui ferme les yeux, il n'a pas d'hésitation dans la station, il peut même faire ainsi quelques pas. La force musculaire des jambes est peut être un peu diminuée, la sensibilité est intacte. De temps en temps, douleurs fulgurantes dans les membres, douleurs en ceinture assez fréquentes au niveau de l'estomac, du sommet du thorax et du bas de l'abdomen. La paupière supérieure de l'œil gauche est toujours dans le même état ; en outre, cet œil, de ce côté, est dévié en dehors.

Le malade est souvent pris d'une gastralgie se terminant par des vomissements noirs. La pression au niveau de l'épigastre est alors très douloureuse. Il a de la difficulté

à uriner ; son jet est petit, court ; il a eu plusieurs blennorrhagies.

Le 20. — Le malade est pris de vomissements, avec un hoquet excessivement violent. Les premières matières vomies sont claires, visqueuses ; on y trouve comme des flocons blanchâtres.

15 février. — M. Vulpian prend un service à l'hôpital de la Charité. Le malade reste à la pitié, service de M. Dumontpallier.

OBSERVATION III (Harel)

G... (Joséphine), âgée de 45 ans, lingère, savoyarde, entre dans le courant du mois de février 1881, salle Sainte-Marthe, lit n° 30, à la Charité, service de M. le professeur Laboulbène (recueillie par M. Bellangé, interne de service).

Antécédents héréditaires. — Son père a 80 ans et est bien portant. Sa mère est morte à 60 ans ; elle avait joui jusque là d'une bonne santé. La malade a eu quatre sœurs et deux frères ; sur ces six enfants, il n'y en a plus que trois de vivants. L'un est mort au service, les deux autres en bas-âge.

Antécédents de la malade. — Elle a eu quatorze enfants et deux fausses couches. Sur ce nombre considérable d'enfants trois seulement sont en vie, les autres morts en bas âge de convulsions. Questionnée au sujet de son mari, elle répond qu'il est mort il y a quelques mois et qu'il s'adonnait fortement à l'alcoolisme. Réglée à 13 ans, elle a eu assez régulièrement ses règles en dehors des époques où elle était enceinte, ou nourrissait ; n'aurait jamais eu la syphilis.

Etat actuel. — Malade amaigrie, mais sans état cachectique, se plaint à son entrée, de vomissements et de

douleurs extrêmement vives dans l'estomac et dans le ventre. Elle aurait déjà été atteinte de cette maladie il y plusieurs années et serait entrée pour cela à la Pitié, dans le service de M. Chauffard.

Voici comment elle raconte la nouvelle invasion de sa maladie :

Il y a quelques jours, elle était au lavoir en train de couler son linge, lorsque tout à coup, elle est prise sans raisons de douleurs extrêmement vives aux régions que nous avons indiquées; en même temps, elle vomit d'abord ses aliments, puis de la bile, et rentre chez elle toujours en proie à cette crise gastro-entéralgique. Dans la soirée, les douleurs cessent, mais elles reviennent, le lendemain, avec autant d'acuité et ainsi de suite pour les jours suivants avec de légères rémissions jusqu'à son entrée à l'hôpital.

La première pensée qui se présente à l'esprit est celle d'un ulcère simple de l'estomac, mais elle n'en présente point tous les symptômes et il n'y a jamais eu d'hématémèse. Celle d'un cancer doit être repoussée aussi, car l'examen de la région abdominale ne révèle rien. En examinant bien la malade, on voit qu'elle louche; en même temps la pupille gauche est plus dilatée, et nous apprenons en la questionnant que le strabisme interne et la mydiase gauche sont survenus il y a à peine deux ans et que jusque-là la malade n'avait présenté aucun de ces phénomènes.

De plus, elle présente des douleurs fulgurantes bien nettes depuis deux ou trois mois dans les jambes, et le réflexe tendineux est presque totalement aboli.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Laboulbène porte le diagnostic, crises gastralgiques tabétiques, et ce diagnostic fut celui de tous les candidats

au bureau central auxquels on donna cette maladie à examiner.

Elle sortit dans le courant du mois d'avril, améliorée, mais non guérie, et revint de nouveau en mai. Les vomissements lui avaient repris et présentaient alors, comme la première fois, certains caractères particuliers. Ils étaient souvent indépendants de l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac, et, signe différentiel d'avec l'ulcus rotundum, ne guérissaient pas par le régime lacté.

La morphine seule soulagea cette malade.

Au mois de juillet, elle nous quitte, et depuis lors, nous n'en avons plus eu de nouvelles.

OBSERVATION IV (Harel)

Le nommé P... (Paul), âgé de 35 ans, serrurier, né à Alines (Eure-et-Loir), entré le 21 septembre 1884, salle Beau, n° 18, service du professeur Ball.

Antécédents héréditaires. — Son père est âgé de 80 ans, a eu deux attaques d'apoplexie, suivies d'hémiplégie de courte durée.

La mère a le même âge; avait fréquemment des névralgies dans la tête, a eu également deux attaques d'apoplexie avec hémiplégie passagère.

Il a un frère et deux sœurs ayant tous trois des névralgies dans la tête.

A eu trois enfants, dont un est mort de convulsions à 3 ans; des deux autres, une fille est en bonne santé, et un garçon a de fréquentes palpitations de cœur.

Antécédents personnels. — Pas de maladies sérieuses dans son enfance, jamais de blennorrhagie ni de syphilis. Bronchite en 1857. Petite vérole en 1863.

A l'époque où il était encore avec ses parents, il cou-

chait dans une cuisine obscure, humide, au-dessus de laquelle était une terrasse, de 1855 à 1858.

Jusqu'en 1878, il a joui d'une bonne santé, travaillant raisonnablement, fatigant quelquefois plus que de coutume, exposé de temps à autre aux courants d'air chauds et froids.

A cette époque, au mois d'août, il abandonna momentanément la serrurerie et travailla aux Tuileries où il était employé à peindre des tuyaux de fonte avec le minium, et cela pendant six semaines.

Un soir, il fut pris assez rapidement de ballonnement du ventre sans douleurs, qui disparut pendant la nuit. Mais le lendemain, douleurs vives au niveau de la région lombaire, comparées par le malade à l'introduction d'une vrille dans les chairs.

En même temps vomissements survenants à tous les instants de la journée, alimentaires, quelquefois bilieux.

Toute substance ingérée était vomie. Ces vomissements étaient faciles et n'exigeaient aucun effort. Le malade éprouvait, à ce moment, dit-il, du plaisir à vomir.

Ils étaient accompagnés de douleurs d'estomac, qui n'en étaient que l'effet, au dire du malade. Cet état dura quinze jours, dont huit furent passés à l'hôpital Saint-Antoine (régime lacté). Le malade guérit, reprit son travail.

En septembre 1878, les mêmes phénomènes reparurent et dans le même ordre, avec les mêmes caractères ; mais pas de ballonnement du ventre.

Pas de douleurs dans les membres, ni dans un autre point de l'économie. Constipation opiniâtre. Le malade est resté vingt-cinq jours(?) sans aller à la selle.

Il fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine (Mesnet) pour une forte courbature ; durée de séjour, quatre semaines.

Traitement : Repos, ventouse à la région lombaire. Guérison.

Peu de temps après cette époque, le malade remarqua que quand il voulait fixer un objet pendant un temps assez long, il lui était nécessaire de prendre un point d'appui pour ne pas tomber.

En mars 1879, mêmes symptômes avec les mêmes caractères.

Disparition de ce phénomène après huit jours de régime lacté à Tenon (Grancher). Depuis sa sortie de Tenon jusqu'en avril 1880, le malade se porta tant bien que mal avec des troubles passagers de temps à autre.

Mais en avril 1880, les douleurs lombaires et les vomissements reparurent.

Le malade reste chez lui jusqu'au mois d'août.

A ces symptômes se joignent pour la première fois des douleurs qui se montrèrent d'abord dans les jambes, semblables à des éclairs. Elles survenaient la nuit pendant huit à quinze jours, puis disparaissaient pour un temps plus ou moins long.

Depuis un certain temps déjà, le malade avait remarqué que ses mains étaient engourdies.

Les douleurs se montrèrent également, mais un mois environ après celle des jambes. Elles étaient surtout au niveau des poignets. Pour la calmer le malade serrait fortement le point douloureux. En même temps vomissements pendant vingt à vingt-cinq jours, puis disparaissant pour reparaitre après deux ou trois mois.

Depuis quelque temps déjà le malade remarquait que parfois la vision était moins nette, moins sûre, mais passagèrement ; il y avait du retard de la miction, les érections étaient...

La marche était moins sûre le soir ; jamais de stra-

bisme, ni de chute de la paupière supérieure, ni de dé-
plopie.

Il entre à Tenon (Gérin Roze) au mois d'août; les vomissements persistent pendant une vingtaine de jours. Après quatre mois, pointes de feu à la région dorso-lombaire. Le malade sortit, ne ressentant presque plus de douleurs; la marche ne s'était guère modifiée. Le retard de la miction persistait; il put reprendre son travail.

Le 11 janvier 1881, il est pris de nouveau de douleurs à la région lombaire, dans les membres, et de vomissements; il rentre à Tenon.

Pendant quinze jours environ, persistance des vomissements qui disparurent pendant trois mois environ pour reparaitre au mois d'avril suivant durant une quinzaine de jours encore. Cette fois ils disparaissent et ne sont pas revenus depuis.

L'aliment que le malade ait le mieux supporté pendant ses vomissements était le chocolat à l'eau.

Les douleurs dans les membres et la région lombaire ont persisté; la marche est devenue plus difficile, surtout dans l'obscurité. Sensation de duvet sous la plante des pieds.

La constipation qui existait déjà, est devenue complète, le malade ne pouvait aller à la selle sans lavement. Traitement, pointes de feu, KI, vin de pepsine, lait.

Etat actuel. — (3 octobre) Facies un peu pâle, pommettes assez colorées, amaigrissement notable.

Langue légèrement blanchâtre, non étalée, haleine assez fétide. Appétit meilleur que précédemment, sans être parfait; digestion lente, pénible. Toujours de la constipation.

Urine. — Miction toujours en retard; le malade ressent le besoin d'uriner, mais ne peut le satisfaire que quelques minutes plus tard.

Cœur. — Rien à l'auscultation.

Poumons. — Expiration un peu prolongée au sommet gauche, en arrière ; quelques râles sous-crépitants au niveau de l'épine de l'omoplate du même côté. La respiration s'entend peu au sommet droit.

Les douleurs de la région lombaire persistent, pas très-vives. Depuis trois mois douleurs assez vives dans les épaules ; pas de craquements dans les articulations. Les mouvements de circumduction sont douloureux dans l'épaule droite.

Le réflexe tendineux est complètement aboli des deux côtés ; le réflexe plantaire, à peu près nul du côté gauche, persiste légèrement à droite.

La marche est lente ; le malade ne lance pas les jambes, mais fait glisser les pieds sur le sol en décrivant un léger arc de cercle.

Lorsqu'il veut tourner, il y a un peu d'hésitation, il s'arrête un instant ; il ne peut se tenir debout les yeux fermés, les pieds étant rapprochés ; s'ils sont écartés, il se tient à peu près.

La marche éveille les douleurs dans les deux cuisses, les deux mollets, les reins et les épaules.

La force-musculaire est conservée. L'erreur de lieu existe ; le malade saisit bien l'extrémité de son nez avec les mains, mais il lui est plus difficile de saisir le gros orteil.

Il ne lui a jamais semblé que ses jambes étaient perdues dans son lit.

La sensibilité soit de contact, soit thermique, est conservée ; il n'y a pas de retard de perception ni de persistance de la sensation ; sent le sol comme un tapis.

Yeux. — Pas de strabisme ni de chute de la paupière, les pupilles ne sont pas mobiles sous l'influence de la lumière. Elles sont égales, de largeur sensiblement normale.

Depuis son entrée, le malade n'a pas de vomissements ni de douleurs gastriques.

18 Décembre. — Le malade, pour la première fois depuis le mois d'Avril, est pris de douleurs très violentes survenues tout à coup. Elles occupent à peu près tout le corps (mollets, cuisses, reins, épaules, poignets). Le malade les compare à la sensation que produirait la main que l'on ferait pénétrer violemment dans les chairs. Elles n'occupent chaque point que successivement, mais dès qu'elles quittent un point, elles reparaissent dans un autre. Elles restent fixes seulement pendant environ cinq minutes pour changer ensuite de place. Pas de douleurs gastriques ni de vomissements.

20 Décembre. — Les douleurs ont cessé progressivement.

La miction est toujours irrégulière, non douloureuse. Pas de besoin impérieux, mais une gêne ordinairement très grande.

31 Décembre. — Aucune modification dans l'état du malade jusqu'au 31 décembre.

OBSERVATION V (inédite)

Observation recueillie dans le service de M. le Professeur G. Sée, par M. Vermorel, interne du service.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne se rappelle aucune tare nerveuse chez ses ascendants et ses collatéraux.

Père mort à 75 ans ; mère à 60 ans.

Frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Quelques excès alcooliques (vin, absinthe). Il raconte avoir depuis 2 ou 3 ans des cauchemars effrayants, des crampes dans les mollets, des pituites le matin. A 18 ans, syphilis qui ne fut point soi-

gnée. Il eut en effet, un chancre dont il porte encore les traces, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus et une roséole manifeste. — Jamais d'excès de coït. — Il y a quatre ans il éprouva pour la première fois des douleurs dans les membres inférieurs ; il lui semblait, dit-il, qu'on lui rongeaient les os (douleurs térébrantes des auteurs). Depuis quelque temps ces douleurs ont changé de caractère et passent comme des éclairs. Il accuse également des douleurs en ceinture ; depuis 2 ou 3 ans, il ressent à peu près continuellement des douleurs d'intensité moyenne qui partent de l'anus et remontent vers l'urèthre et l'abdomen. Il a, suivant son expression, comme la sensation d'un corps volumineux dans le rectum. Les envies d'uriner sont fréquentes, et souvent après la miction, il s'échappe quelques gouttes d'urine. Ces douleurs, sortes de cr ses atténuées ano-rectales, ont persisté jusqu'à son entrée.

Il y a deux ans, mal perforant plantaire, qui n'est pas encore guéri.

Depuis 6 mois, la marche est devenue incertaine ; « il n'est plus, dit-il, aussi maître de ses jambes. »

A la même époque, les digestions devinrent pénibles. Ce n'était au début qu'une sorte de malaise apparaissant une demi-heure après chaque repas, consistant en une sensation douloureuse partant comme un éclair de l'anus, remontant au travers de l'abdomen jusqu'à l'estomac et laissant après elle une sensation de chaleur et de pesanteur au niveau de l'épigastre.

Le 11 avril ce simple malaise qui n'empêchait pas le malade de vaquer à son travail, augmenta d'intensité brusquement.

Le soir, les douleurs anales ou plutôt rectales devinrent plus intenses, ainsi que la sensation de brûlure et de pesanteur à la région stomacale : le malade sentit des gargouillements intestinaux incessants ; il eut des palpi-

tations intenses dans la région du cœur et le corps se couvrit de sueur.

Il eut d'abord des nausées, puis rendit un litre et demi d'un liquide jaune-verdâtre, au milieu de hoquets et d'éruptions gazeuses répétées.

Il se sentit soulagé, la douleur stomacale disparut, mais par une sorte d'oscillation qu'il remarqua par la suite, la douleur rectale se fit de nouveau sentir comme une menace de nouvelle crise.

En effet, ce calme ne fut que passager. Deux heures après, la même sensation douloureuse du rectum à l'estomac fut perçue et une seconde crise éclata et dura une partie de la nuit. Elle ne fut calmée qu'au matin à la suite de vomissements analogues à ceux de la première crise.

Depuis cette époque, il fut en crises presque continues. Les douleurs fulgurantes, rectales, en ceinture ont été remplacées complètement par les crises stomacales. Il avait à l'épigastre une douleur continue : son estomac était comme serré dans un étau ; de plus chaque jour éclatait un paroxysme au matin vers 5 heures, jusqu'à 10 ou 11 heures. Des trainées douloureuses partaient des aines, gagnaient l'épigastre et s'y localisaient. Le malade poussait des cris et prenaient les positions les plus bizarres.

Le pouls était notablement accéléré (95 pulsations).

Pendant les paroxysmes, les vomissements étaient incessants, et comme il avait remarqué que vomir le soulageait, il les provoquait par des excitations pharyngées. Il vomissait à peu près la valeur de une à deux cuvettes (1800 gr. à 2 litres). Les caractères des matières ont été indiqués dans notre travail, à l'exposé symptomatique.

Pendant cette exacerbation, on lui faisait deux piqûres de morphine (0,04).

Vers 11 h. la douleur se calmait et devenait suppor-

table. Les vomissements spontanés cessaient, mais revenaient parfois quand il buvait.

Le 25 Avril, la crise eut une défervescence très nette ; mais, contrairement au cas habituel, elle ne disparut pas complètement.

Les douleurs ne reparurent plus, mais il survenait chaque matin 2 à 3 vomissements jaunâtres.

Le 3 mai, tous les phénomènes disparurent. Il ne reste aujourd'hui, 5 mai, qu'un peu d'accélération du pouls et une inappétence assez marquée.

Lorsque l'on fait l'examen complet du malade, on trouve tous les signes d'un tabès assez avancé :

Signe de Romberg ;

Signe de Westphall ;

Signe d'Argyl-Robertson.

Sa marche commence à se modifier : il talonne légèrement.

Mal perforant plantaire dans le gros orteil gauche.

Crise hystérique.

Observation publiée par M. le Dr Moricourt dans la
Gazette des Hôpitaux. — Avril 1892.

M^{lle} X... dix-neuf ans, nous fait appeler le 8 mars 1891, pour une paraplégie et des vomissements incoercibles. Ces accidents survenus il y a cinq ans, après la mort de son père, qui a succombé à un catarrhe pulmonaire et à une maladie de cœur dont il souffrait depuis 15 ans. Il avait, paraît-il, des crises pendant lesquelles il perdait connaissance.

Sa mère et ses deux sœurs se portent bien.

Tout enfant, elle eut des convulsions internes, qui laissèrent après elles une paralysie de la langue. La parole ne revint qu'à l'âge de 5 ans.

A huit ans, fièvre typhoïde grave, qui aurait été suivie d'une récidive au bout d'un an. A partir de ce moment sa santé fut ébranlée par des accidents divers, notamment par des épistaxis abondantes, hiver comme été.

De neuf à quatorze ans, elle fut prise de sortes d'accès de fièvre très violents, qui consistaient en un sommeil avec ronflements, suivi de délire pendant 24 heures.

A son réveil, elle était prise d'épistaxis, d'anorexie, et de courbature pendant trois jours. Les médecins qui la soignaient lui prescrivirent alors du sirop de fer.

Au moment des règles, ou sous l'influence de la moindre émotion morale, elle devenait d'une grande irritabilité et avait des rires ou des pleurs involontaires.

Quatre ans avant d'être paralysée, elle était devenue très myope et la pupille était dilatée.

Le 5 décembre 1884, après la mort de son père, mouvements choréïques violents, maux de tête, obscurcissement de la mémoire et cauchemars dans lesquels elle voyait une fosse et l'ombre de son père ; accès de somnambulisme ; dans l'un d'eux, elle voulut une fois se jeter par la fenêtre.

En mars 1885, disparition complète de l'appétit, du sommeil et des règles. La malade éprouve des douleurs dans les jointures ; elle peut remuer ses jambes quand elle est couchée, mais ne peut se tenir debout ; elle est obligée de s'aliter. M. le docteur C... qui la soigne, lui trouve une grande anémie.

Tous les jours, à 7 heures du matin, elle est prise d'une toux nerveuse qui ne s'atténue que très faiblement à partir de deux heures du matin.

Cette toux résiste au bromure de potassium, au chloral, aux piqûres de morphine, au sirop de codéïne, à la valériane et au cyanure de zinc. Elle ne cède que le 25 mars, après l'administration, pendant huit jours, du valé-

rianate de quinine, mais pour être remplacée par du délire, dans lequel elle voit des bières et le cadavre de son père.

4 Avril 1885. — Fièvre avec élévation très notable de la température et délire, dans lequel elle se croit à l'hôpital, et dit porter un nom qui, à son réveil, lui est totalement inconnu. Insuccès des pointes de feu, des pulvérisations d'éther, de l'arséniate de strychnine et de l'oxyde de zinc.

Du 18 avril au 1^{er} mai, danse de Saint-Guy, contre laquelle échouent : les polybromures, le sirop du docteur Gelineau, les bains sulfureux et les douches avec l'arrosoir. La première fut suivie d'une syncope.

A partir du 1^{er} mai, la malade fut prise d'accès qui se renouvelaient parfois jusqu'à dix-neuf fois dans les 24 heures, et qui étaient ainsi caractérisés : contracture des membres et des mâchoires, donnant lieu à l'ouverture permanente de la bouche pendant une heure ; ensuite, sauts et mouvements convulsifs durant quelquefois une heure et demie. A la fin de l'accès, elle ne distinguait plus les couleurs et avait de l'amnésie verbale ; elle ne pouvait nommer un couteau, un verre. Elle avait un grand dégoût pour les aliments auxquels elle trouvait une saveur extraordinaire. Le tartrate ferrico-potassique, la quinine, la rhubarbe, la gentiane ne réussirent pas à réveiller l'appétit.

La parésie des membres inférieurs persistait et il y avait une insensibilité complète *de toute la face cutanée*.

Les attaques redoublant, M. Charcot fut appelé en consultation. Il fut d'avis de suspendre tout traitement pendant huit jours, et ensuite de prendre, une fois par semaine, un cachet de quinine, des douches et une alimentation abondante.

Mais les douches furent mal supportées ; vu l'insensibilité absolue de la peau et la parésie des membres infé-

rieurs, la réaction ne se faisait pas, la malade tombait en syncope et demeurait froide et rigide pendant deux heures. Cependant, au bout de quinze jours, les crises avaient un peu diminué de fréquence, il n'y en avait plus que dix au lieu de dix-neuf, mais elles étaient plus fortes et les contractures plus prolongées.

A ce moment, un fait curieux se produisit : sous l'influence d'un désir satisfait (un objet de toilette qu'elle désirait depuis longtemps), les règles absentes depuis deux mois réapparurent.

Néanmoins, l'anorexie et l'insomnie persistaient. De plus, il était survenu des douleurs dans le dos, dans les mains et dans les bras, ainsi qu'un gonflement général de tout le corps avec des taches violettes de la peau, si bien qu'au bout de trois mois, ce traitement dut être abandonné. On lui avait aussi prescrit de la teinture de mars ; mais elle en fut tellement incommodée, qu'elle ne put en prendre qu'une seule fois.

Malgré le sulfate de quinine, le laudanum et l'antipyrine, les névralgies de la tête, des yeux, des oreilles et des dents persistaient. Elles avaient seulement été soulagées par le salicylate de soude et le baume tranquille.

A partir du mois de décembre 1885, les crises de convulsions furent précédées de spasmes du larynx pendant vingt minutes, et suivies d'un délire violent, dans lequel elle voyait des salles bondées de malades qui voulaient la tuer ; elle insultait ses parents qu'elle ne reconnaissait pas ; puis, comme d'habitude, l'image de son père lui apparaissait.

Vers le 20 décembre, ces crises, qui duraient six heures, furent suivies d'accès de somnambulisme, pendant lesquels elle répondait aux questions qu'on lui adressait. S'il faut l'en croire, elle aurait, plusieurs fois, annoncé la mort prochaine de personnes qui, en effet, succombè-

rent peu de temps après. Je tiens du confrère qui l'a soignée à cette époque, que, comme la somnambule citée par le professeur Rastan, dans son article Magnétisme du Dictionnaire de médecine (1825), t. XIII, p. 430), lorsqu'elle était endormie artificiellement, elle disait l'heure marquée par les aiguilles d'une montre, sans le secours des yeux.

Le 19 janvier 1886, elle eut une crise qui dura soixante-douze heures.

Du 20 au 28 janvier 1886, après deux jours de mouvements convulsifs, survint une crise de délire avec visions de fantômes, de bières, de vautours, etc, pendant six jours et au bout de ce temps, elle eut une syncope, et, quand elle revint à elle, l'amnésie verbale et l'achromatopie avaient disparu.

Pendant 13 heures, elle reconnut ses parents, et demanda des objets dont elle n'avait pas parlé depuis un an, entre autres la photographie de son père.

Mais à partir de ce moment, pendant plus de deux ans, jusqu'au 6 avril 1888, de 9 heures du soir à 3 heures du matin, elle retomba dans une suite non interrompue de crises, consistant en une succession de convulsions, de contractures, d'étouffements, de délire, d'accès de colère avec envies de mordre sa main ou tout autre objet et de sommeils d'une heure et demie, avec cauchemars.

Pendant ce temps les jambes s'étaient atrophiées. Elle éprouvait parfois des douleurs au cœur qu'elle comparait à des piqûres de bête.

Le 1^{er} mars 1886, s'ennuyant dans son lit, elle veut essayer de se lever; mais elle ne peut se soutenir, et est prise d'attaques de nerfs. On était obligé de la sortir dans une petite voiture, ce qui lui causait un grand chagrin. Elle était d'une grande sensibilité à l'orage.

Pendant 3 ans, jusqu'au moment où elle vint nous

consulter, on lui appliqua des pointes de feu tous les 15 jours.

Le 6 avril 1888, elle éprouva des symptômes de fièvre cérébrale qui parurent s'amender au bout de 15 jours, sous l'influence de lavements de quinine.

A cette époque, M. le Dr Féré, appelé en consultation, prescrivit des lavages de l'estomac avec de la macération de quassia amara et du lait coupé avec de l'eau de Vals.

Les vomissements n'en persistèrent pas moins. Il y eut seulement une légère diminution des attaques.

Du 28 avril 1888 au 15 janvier 1889, il n'y eut plus qu'une crise par semaine, dont la durée était moins longue. Mais la malade vomissait toujours. Son médecin lui avait pratiqué, pendant deux mois, sans résultat, l'électrisation de l'estomac.

15 janvier 1889. Les attaques ne se montrent plus que tous les 15 jours, mais leur intensité augmente.

Du 1^{er} décembre 1889 au 10 février 1890, à la suite de l'influenza, violentes migraines, troubles de la vue, et diminution encore plus grande de la mémoire.

Le 10 février 1890, la malade consulte M. Dumontpallier, qui réussit à l'endormir par la fixation du regard dès la première séance. Il lui fit la suggestion. Mais elle s'y montra réfractaire.

Chaque hypnotisation laissait, après elle, pendant toute la journée, des vomissements de bile, et les maux de tête, déjà violents, redoublèrent d'intensité.

Le 27 février 1890, en présence de l'insuccès de la suggestion, M. Dumontpallier résolut de recourir à la metallothérapie et voulut bien me charger de trouver son métal, tâche difficile, car, comme je l'ai dit, la malade était complètement anesihésique et analgésique sur toute l'étendue de la surface cutanée ; elle ne sentait ni le contact, ni la piqure, et les différents métaux, appliqués à

tour de rôle et à 24 heures d'intervalle sur les deux avant-bras, pendant près d'une heure ne produisirent aucun résultat.

La malade étant hypnotisable, je proposais à M. Dumontpallier de faire la metalloscopie pendant le sommeil provoqué comme je l'ai proposé dans mon manuel de métallothérapie (voy. p. 72). On sait en effet que pendant l'hypnose, les sujets présentent souvent une grande sensibilité aux agents extérieurs, et notamment au métaux.

La malade ayant donc été mise en état de somnambulisme, je lui appliquais successivement, sur chaque avant-bras, pendant deux ou trois minutes, les différents métaux usuels : acier, cuivre, zinc, étain, or, argent, aluminium, nickel, platine. Deux seulement l'aluminium, mais surtout l'or, firent ressentir à la malade des fourmillements, une sensation de chaleur et de la sensibilité aux piqûres. Nous commençâmes donc le traitement par l'or.

Le 1^{er} mars 1890, à midi, deux pièces de 20 francs sont appliquées sur l'avant-bras droit ; à 4 heures seulement, il se produisit, au poignet, une légère chaleur fugitive, qui disparut bientôt et ne se remontra qu'à neuf heures du soir.

Le 2 mars 1890, deux pièces d'or ayant été appliquées, à neuf heures, sur l'avant-bras droit, à quatre heures, une épingle enfoncée dans la peau, au niveau des pièces, donna lieu à une sensation de contrat, mais non de douleur. Cette sensation se reproduisit quatre fois dans la journée.

Le 3 mars 1890, la sensibilité s'étend vers le coude et persiste deux heures dans le jour ; elle dure quatre heures pendant la nuit. Il se produit de la chaleur et de l'urticaire autour des pièces.

La malade prend, 3 fois par semaine, un bain aromatique. Mais, à chaque bain, elle éprouve un syncope.

Le 4 mars 1890, la sensibilité persiste à droite depuis le poignet jusqu'au milieu du bras pendant toute l'après-midi. A 5 heures, la peau étant redevenue insensible, douleur aigue qui dure toute la nuit depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts.

Le 5 mars 1890, elle pousse un cri de joie en sentant, pour la première fois, la chaleur de l'eau dont elle se sert pour faire sa toilette. La sensibilité de l'avant-bras droit dure depuis 7 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir.

A partir de ce jour, les périodes de sensibilité allèrent en augmentant et les intervalles d'insensibilité en diminuant.

Le 8 mars, après douze heures d'absence, la sensibilité reparait avec des douleurs et des démangeaisons assez vives pour retirer les plaques.

La constipation tend à disparaître. La malade va à la garde-robe tous les 2 jours, tandis qu'avant le traitement, elle n'y allait que tous les 15 jours et à force de lavements.

Le 13 mars, apposition de 8 plaques d'or, dont 2 au larynx, deux en haut du bras droit, et 4 à la jambe droite. A la fin de la journée, il ne s'était encore manifesté aucun effet. Ce n'est que le lendemain que la sensibilité commence à revenir au cou et au bras droit, et qu'elle éprouve une légère chaleur à la jambe droite.

Chaque objet lui semble si lourd qu'elle ne peut le tenir.

Dans toutes ces régions, comme cela avait eu lieu à l'avant-bras, le retour de la sensibilité, d'abord fugitif, devint de plus en plus long et s'accompagna de rougeurs, de fourmillements, de démangeaisons et de douleurs atroces qui obligèrent, le 19 mars, à retirer les plaques. A cette date, elle eut, dans la jambe droite, des crampes qu'elle n'avait pas ressenties depuis cinq ans.

Le 21 mars, il n'y a plus qu'une seule syncope dans le bain au lieu de deux.

Le 23 mars, les spasmes du larynx et les crises d'étouffement disparaissent, en même temps que se montre le retour de la sensibilité gustative.

Le 25 mars, pendant les règles, comme cela avait lieu ordinairement les autres fois, la sensibilité revient au bras sans le secours d'aucune plaque.

Le 1^{er} avril 1890, les plaques ont déterminé à la cuisse droite une chaleur cuisante et des cloques contenant une sérosité rousse.

Le 7 avril. Depuis 5 jours, il n'y a plus eu de spasmes, ni d'attaques de nerfs. La malade éprouve un grand bien-être après chaque bain.

Le 15 avril. Les plaques ayant été mises sur la jambe gauche, le retour de la sensibilité n'a pas été accompagné de douleurs comme il l'avait été à droite, ce que la malade attribue à l'usage du baume Oppodeldock.

19 avril. Il a fallu trois semaines pour que la sensibilité revienne complètement au bras droit.

La malade n'est pas courbaturée le matin, à son réveil. Elle a beaucoup moins de visions.

Les deux jambes deviennent de plus en plus fermes.

Le 25 avril, le retour de la sensibilité, sous l'influence des plaques est encore une fois accompagné de douleurs qui forcent à les retirer.

Le 26 avril, les pieds ne sont plus contracturés. La malade, soutenue par ses deux sœurs, a pu se tenir debout, pour une première fois, sans que les jambes fléchissent. Elle a pu sauter, mais non marcher, ses jambes et ses reins fléchissaient.

Le 21 avril. La malade a pu faire quelques pas. Ses jambes, qui lui paraissent encore très-lourdes, ont résisté ; mais ses reins ont fléchi.

Le 1^{er} mai 1890. Les règles sont revenues le 29 et le 30 avril. La malade, toujours soutenue par ses sœurs, a pu faire deux pas, sans que ses jambes et ses reins aient fléchi. Elle éprouve des étourdissements et des vertiges pendant la station debout.

Nous prescrivons des frictions Oppodeldock depuis la nuque jusqu'à la chute des reins et contre les vomissements qui sont toujours aussi intenses : 1° 5 gouttes de laudanum de Sydenham dans un verre d'eau ordinaire, à prendre 2 cuillerées à café avant chaque repas ; 2° du Champagne coupé avec de l'eau de Vichy (source Célestin).

7 mai. Au creux de l'estomac les fourmillements produits par les plaques sont remplacés par les douleurs.

La malade a fait 6 pas sans fléchir ; la durée du sommeil augmente. Un grand orage n'a pas eu d'effets sur elle ; autrefois, elle aurait éprouvé de la contracture sous la langue et une attaque de nerfs.

9 mai. Les douleurs du creux de l'estomac deviennent intolérables. A dix heures du soir la sensibilité de la muqueuse se manifeste par une sensation continuelle de froid et d'une grande place à vif.

Les jours suivants, ces douleurs internes sont surtout très vives après les repas ; il n'y a plus de syncope pendant et après les bains.

Le 12 mai apparaît pour la première fois la sensation de la faim ; les jambes sont plus fermes et la malade se tient plus droit.

Après chaque friction de baume Oppodeldock, la malade éprouve une grande envie de marcher ; elle fait deux essais de marche par jour ; elle ne fléchit qu'au neuvième pas et encore très faiblement. Elle se lève 12 heures, mais elle est obligée de se coucher pour prendre ses repas ; elle a chaque nuit 7 h. $\frac{1}{2}$ de sommeil.

15 mai. Pour la première fois, la malade marche sou-

tenue seulement par une de ses sœurs et par une canne. Elle fait 44 pas dans la journée en deux fois. Loin d'être fatiguée, elle éprouve une grande envie de marcher, mais les vomissements continuent ; les liquides sont rejetés plus vite que les solides. La malade prend après chaque repas, une goutte de vinaigre dans trois cuillerées d'eau. 19 mai. La malade peut parcourir 4 mètres de suite dans l'appartement 3 fois par jour ; elle peut recommencer après un repos de 5 minutes ; elle a pu manger à table pour la première fois sans avoir eu de syncope.

21 mai. Elle a parcouru sans fatigue 30 mètres dans l'appartement et fait 10 pas dans la cour ; les jambes grossissent, se raffermissent. Elle n'a plus de somnambulisme ni de frayeur, étant éveillée. Les colères ont beaucoup diminué d'intensité, Les vomissements continuant, nous lui faisons prendre un 1/4 de feuille d'or avec ses aliments deux fois par jour. De plus on lui applique une plaque d'or sur chaque tempe, une derrière chaque oreille, une autre sur chaque aile du nez et une de chaque côté du menton.

31 Le retour de la sensibilité à la face est accompagnée de douleurs qui obligent à retirer les plaques. Les bourdonnements d'oreilles sont moins violents ; l'odorat semble renaître. La sensibilité est complète sur tout le corps et se maintient sans le secours d'aucune plaque, sauf à de rares intervalles au creux de l'estomac et aux reins. Quand les reins sont insensibles, ils fléchissent pendant la marche.

15 juin. Persistance du goût de l'odorat ; cessation de bourdonnements d'oreilles. Elle a pu descendre et monter les escaliers sans difficulté. Les vomissements persistant, nous adjoignons au 1/4 de feuille d'or, à chaque repas, la limonade chlorydrique.

21 juin. La malade marche avec deux cannes, toute

la journée. La gaité revient, les vomissements persistent toujours.

1^{er} Juillet. — La malade marche avec une seule canne dans l'appartement. Il lui en faut deux dans la rue. La sensation de froid a disparu. Il ne reste plus que les vomissements et les maux de tête.

15 Juillet. — Les règles viennent encore irrégulièrement et sont accompagnées de douleurs très aiguës dans les reins et dans le ventre, surtout à droite. M. Dumontpalier lui dit de s'endormir. Les paupières s'étant alourdies, il lui suggère de voir ses vomissements et ses maux de tête diminuer et ses règles venir toutes les 4 semaines. Cette séance est suivie d'une forte cephalalgie et d'étourdissement avec persistance des vomissements jusqu'à 11 heures du soir. La malade prend à chaque repas, une feuille d'or entière et des aliments liquides par cuillerées à café.

20 Juillet. — La feuille d'or, du bouillon et l'œuf à la coque sont gardés à la condition que la malade marche en plein air après chaque aliment. A partir de ce moment, les vomissements cessent, les douleurs diminuent et sont calmées par une infusion de camomilles et de fleurs d'oranger. La malade prend du chocolat à l'eau, du lait, du bouillon et du jus de viande.

28 Juillet. — La malade prend une feuille d'or au déjeuner ; la seconde, celle du dîner est vomie ; son appétit est augmenté, elle supporte des gâteaux peu sucrés, des légumes verts, du poulet, 3 cuillerées à café de poudre de bœuf cru ; un peu de cognac facilite la digestion mieux que la camomille.

1^{er} Août. — On est obligé de suspendre complètement l'or, la feuille du déjeuner elle-même étant vomie et troublant la digestion. La malade digère tout, sauf les corps gras, les épices, la salade et les sucreries. Les maux de

tête ont disparu et les époques viennent régulièrement et sans douleur.

21 Août. — La sensibilité est parfaite, la malade marche sans soutien pendant deux heures.

28 Septembre. — La malade digère le beurre, mais pas la partie grasse de la viande. La sensibilité est plus vive sous une bague en or qu'elle porte à l'annulaire gauche.

Avant sa maladie, elle était plutôt triste, maintenant elle est très gaie, mais d'une gaité maladive, car elle rit malgré elle, quand elle voit passer un enterrement. Si elle rit facilement, elle pleure de même ; tandis qu'autrefois elle ne pouvait pas pleurer. Elle a pu entrer dans la chambre de son père, sans ressentir d'impression. Tout traitement est suspendu. — En somme les vomissements ont été les symptômes les plus persistants. Ils n'ont cédé qu'à l'usage interne des feuilles d'or. Il est à remarquer qu'ils avaient résisté à l'administration d'un 1/4 de feuilles et qu'il a fallu en donner une feuille entière à chaque repas pour triompher ; il a fallu en un mot atteindre la dose thérapeutique.

Puis comme cela arrive souvent, les symptômes ayant cessé, le médicament ne fut plus supporté et l'on dut supprimer l'or qui ramenait les vomissements et troublait la digestion.

Crises gastriques essentielles

OBSERVATION due à M. Debove, Soc. Med. des hôpitaux

A.-A. Forgeron, 56 ans. — Ce malade, d'une constitution robuste ne présente aucun antécédent personnel qui puisse se rattacher à une lésion du système nerveux. Son père âgé actuellement de 78 ans est vigoureux ; sa mère est morte en couches et ses frères et sœurs ont toujours été bien por-

tants : il n'y a donc pas non plus trace d'hérédité nerveuse.

En 1880 il reçut un violent coup de barre de fer au niveau de la région épigastrique ; après être resté huit jours sans connaissance il se remit peu à peu. Toutefois, après une convalescence de deux mois il ne put reprendre son travail, traîne quelque temps sans pouvoir retrouver ses forces et finit par renoncer complètement à son métier.

En outre, dès les premiers jours qui suivirent son accident, il commença à être atteint de crises gastriques violentes.

Pendant des périodes qui peuvent durer 3 semaines, il éprouve des douleurs intenses au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs irradient dans le dos et jusque dans les épaules : elles sont atroces. Le malade ne cesse de se plaindre et même de crier. — Peu de temps après le début de la crise, il vomit. Ces vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux puis simplement séreux, représentent un volume de beaucoup supérieur à la quantité de liquide ingéré. En même temps, il existe une intolérance gastrique absolue. Aucun aliment liquide ou solide ne peut-être toléré. Lorsque les vomissements durent depuis un certain temps, aux souffrances du malade viennent s'ajouter les crampes douloureuses dans les masses musculaires des bras et surtout des jambes. Ces douleurs sont des crampes véritables et n'ont aucun caractère fulgurant. Elles rappellent de très près les phénomènes analogues que l'on décrit dans le choléra.

Après plusieurs jours de cet état, il se produit des alternatives d'exacerbations et de rémissions de plus en plus accusées et tout rentre enfin dans l'ordre. Le malade jouit alors pendant un temps variable, 40, 60 jours et plus, d'un calme absolu.

L'estomac complètement rétabli exécute ses fonctions avec une régularité absolument normale. Nous avons plusieurs fois fait prendre au malade des repas d'épreuve composés de 50 gr. de poudre de viande délayée dans de l'eau

et nous avons dosé l'acidité du suc gastrique qui était toujours de 2 gr. à 2 gr. 50 d'ac. chlorhydrique 0/00 deux heures après le repas, Les digestions se font bien et M. Debove a même pu soumettre le malade à une suralimentation suffisante pour le faire augmenter de 20 livres dans l'intervalle de deux crises.

En dehors de cette affection, la santé de A., est absolument normale ; jamais il n'a eu de méloena, jamais d'hématémèse. Le système nerveux est intact. Les reflexes rotuliens et pupillaires dans un état d'intégrité absolue. La sensibilité, normale. Enfin, aucun symptôme ne nous a permis après une étude attentive de supposer chez cette homme, une lésion des centres nerveux.

Ce que nous venons de dire résume à la fois l'histoire de la maladie et l'état actuel du malade. Aucun traitement n'a permis d'enrayer cette singulière affection et si notre sujet observe un régime lacté vigoureux, c'est moins à cause du soulagement qu'il en éprouve que par crainte du retour de ses crises.

CONCLUSIONS

I. Les crises gastriques_{tabétiques} peuvent présenter différentes variétés suivant leur durée (formes prolongées) et leurs symptômes (formes anormales, formes frustes).

II. Il n'existe pas de type chimique constant. L'hyperchlorhydrie, l'hypochlorhydrie ont tour à tour été observées.

III. Les différentes affections désignées successivement sous les noms de vomissements périodiques, gastroxie, crises gastriques essentielles paraissent devoir être rattachées à la forme aiguë de la maladie de Reichmann.

Vu par le Président de la thèse,
G. SÉE.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1858. *Sir Güll*, (Guy's hospital), report « Cases of paraplegia ».
1859. *Duchenne de Boulogne*, Archives de Médecine.
1864. *Duchenne de Boulogne*, Gazette hebdomadaire.
1864. *Topinard*, De l'ataxie locomotrice (thèse de Paris).
1865. *Trousseau*, Clinique de l'Hôtel Dieu.
1866. *Delamarre*, Crises gastriques dans l'ataxie locomotrice (thèse de Paris).
1868. *Dubois*, Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice (thèse de Paris).
1874. *Petit Jean*, Contribution à l'histoire des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice.
1876. *Granger Steward*, Note of a peculiar form of a gastric crisis in locomotor ataxia (Med. Times et Gaz. II volume).
1877. *Charcot*, Leçon sur les maladies du système nerveux.
1878. *Raymond*, Thèse d'agrégation.
1879. *Vulpian*, Leçon sur les maladies de la moelle.
1880. *Félix*, Troubles gastriques dans l'ataxie locom. (thèse Paris).
1880. *Strauss*, Archives de Neurologie.
1881. *Buzzard Th.* The lancet.
1882. *Demange*, Chute spontanée des dents avec crises gastriques et laryngées chez les ataxiques (Rev. med. n° 3).
1882. *Buzzard*, Clinical lectures of the nervous system.

1882. *Leyden*, Über periodischen Erbrechen (Gastrische Krisen Nebst bemerkungen über nervöse Magen affectionen. In Zeitschr für klin. Med., tome IV, Berlin 82.
1882. *Harel*, Crises gastriques dans l'ataxie locomotrice (thèse de Paris).
1883. *Lépine*, Tribune médicale.
1884. *Pitres*, Journal de med. de Bordeaux.
1885. *Raymond*, Article tabes du Diction. de Dechambre.
1885. *Weil*, Crises viscérales de l'ataxie locomotrice (thèse de Paris).
1885. *Fournier*, Leçon sur la période préataxique du tabes.
1885. *Shali*, Correspondenz für schmerzkr. acizte.
1886. *Simonin*, (thèse de Lyon).
1887. *Hoffmann*, Symptomato der tabes in arch. für psychiatrie.
1887. *Lannois*, Revue de médecine, n° 5.
1888. *Leyden*, Über alle von crises gastr. Berlin klin. work.
1889. *Charcot*, Leçons du mardi.
1889. *Debove*, Société med. des hôpitaux.
1889. *Raymond de Metz*, Archives de médecine.
1892. *Marie*, Leçons sur les maladies de la moelle.
-

TABLE DES MATIERES

I. Introduction.....	7
II. Crises gastriques tabétiques.....	10
III. Crises gastriques essentielles.....	28
IV. Diagnostic.....	32
V. Traitement.....	39
Conclusions.....	73
Index Bibliographique.....	75

